

| Información Del Paciente | | | |
|--|--|----------------------------|--|
| Apellido Legal del Paciente: | | Nombre Legal del Paciente: | |
| Nombre Preferido del Paciente: | | Fecha de nacimiento: | |
| Dirección: | | Segundo: | |
| Fecha: | | Seguro Social: | |
| Dirección: | | Número de Teléfono: | |
| Ciudad: | | Estado | |
| Código Postal: | | 1. | |
| Dirección Postal (si es diferente del domicilio) | | 2. | |
| Ciudad: | | Estado | |
| Código Postal: | | 3. | |
| Correo Electrónico for Patient Po | | * Debe tener 18 años o más | |

Idioma Deseado (Solicitado por el gobierno federal):
 Indique si prefiere idioma de señas: (Incluyendo el idioma de señas Americano – ASL)
 Requiere traducción _____

Información de su Seguro
 *Si usted no tiene seguro médico, por favor pregunte a uno de nuestros miembros como aplicar para la escala de descuento basado en su ingreso. *

1. Nombre del Seguro Primario _____ 2. Seguro Secundario: _____
 ID del Seguro Primario: _____ ID del Seguro Secundario: _____

Mi Doctor
 Nombre de su Proveedor Primario: _____ Dirección de su Doctor: _____

Farmacia

1. Nombre de la Farmacia: _____ 2. Nombre de la Farmacia: _____
 1. Teléfono de la Farmacia: _____ 2. Teléfono de la Farmacia: _____

Conociendo Al Paciente
 Se nos requiere la siguiente información con el propósito de entender mejor nuestra población y satisfacer nuestro reporte al gobierno federal. Las opciones a estas preguntas fueron dadas por organizaciones que analizan esta información y en ningún momento impactarán la atención que usted recibirá. Por favor ayúdenos a servirlo mejor seleccionando la mejor respuesta a las preguntas. Gracias.

Raza and Etnicidad(solicitado por el gobierno federal):

| Raza(Selecione uno o más) | | Etnicidad(Selecione uno) |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> No Hispano |
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Hawaiano o Otro isleno del pacific | <input type="checkbox"/> Hispano |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano | <input type="checkbox"/> Me niego a responder | <input type="checkbox"/> Me niego a responder |

Arreglo de alojamiento (solicitado por el gobierno federal)

Vivo en mi propio apartamento/casa, la cual es mi residencia permanente

Me he juntado permanentemente en otro hogar o con otra familia en su hogar (es estable; viviendo a largo plazo con familiares en su hogar; vivo en un hogar permanente como cuidado de temporal, hogar grupal, o centro de

Vivo temporáneamente en un hogar con otras personas/familia (marque aquí so no es vivienda estable, no es permanente, está a riesgo de perder el sitio donde duerme/ no está pagando renta)-Doubling-up

Vivo con diferentes personas en sus casas y me mudo frecuentemente de casa en casa-Transitional

Vivo en un albergue Vivo en un hotel/motel

Vivo en un alojamiento transicional (cuarto o apartamento en una residencia con servicios de apayo)

Vivo en la calle/ carro/ parque/ tienda de campaña/edificio abandonado

Ingresos: (solicitado por el gobierno federal)**Estatus de Veterano? (solicitado por el gobierno federal)**

Número Total de personas que viven en su hogar, incluyendo usted: _____

Ingresos anticipados del hogar para este año: _____

Es usted veterano del ejercito Americano? Sí No

Migración/Trabajador Temporal

En los últimos 24 meses, ¿cuántas personas en su hogar (incluyendo usted) tiene/a tenido un trabajo principal como agricultor/trabajador agrícola? _____

Orientación Sexual & Identidad de Genero: (solicitado por el gobierno federal)

Orientación Sexual (Seleccionar uno)

- Lesbiana, gay o homosexual Otro
- Heterosexual No se
- Bisexual Me niego a responder

Identidad de Genero (Seleccionar uno)

- Masculino Otro
- Femenino Me niego a responder
- Transgénero hombre/ mujer a hombre
- Transgénero mujer/ hombre a mujer

Información De Contacto De Emergencia

En caso de que no podamos contactarlo(a) para hablar de los resultados de pruebas importantes o si hay una emergencia médica durante su visita, Cornerstone Family Healthcare se contactara con la persona que usted indique aqui.

Nombre: _____ **Relación al paciente:** _____

Número telefónico de su contacto de emergencia: Seleccione el tipo de teléfono: móvil casa trabajo

Número Telefónico: _____ **Extensión** _____

*** Por favor, tenga en cuenta que la persona designada arriba no tiene derecho a su (o de sus hijos) información de salud que esta protegida. Si usted escoge designar a esta persona para que nosotros hablemos acerca de su (o hijos) información, por favor complete la sección apropiada en el formulario de Documento de Reconocimiento ***

¿Como Escucho De Nosotros?

- Internet Radio Compañía de Seguro Periódico / Revista Media de Comunicación Social
- Referencia de un amigo/familiar Referencia de otro medico

Yo certifico que la información indicada arriba es verdadera y correcta lo mejor dque pueda.

Nombre de la persona que lleno este formulario: _____ (en letra de molde)

Firma _____

Relación al paciente: Yo mismo Padre Guardián legal Otro: